

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Efectividad de la Terapia Grupal Humanista
Existencial para facilitar la interacción social en
personas con esquizofrenia.**

Proyecto de investigación

Gabriela Elizabeth Morales Herrera

Licenciatura en Psicología Clínica

**Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del título de
Licenciado en Psicología Clínica.**

Quito, 19 de noviembre de 2018.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN

DE TRABAJO DE TITULACIÓN

**Efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para facilitar la
interacción social en personas con esquizofrenia.**

Gabriela Elizabeth Morales Herrera

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Jaime Costales Peñaherrera, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 19 de noviembre de 2018

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Gabriela Elizabeth Morales Herrera.

Código: 00117047

Cédula de Identidad: 1804361606

Lugar y fecha: Quito, 19 de noviembre de 2018

RESUMEN

La esquizofrenia es un trastorno de pensamiento grave y de curso crónico. La calidad de vida del individuo esquizofrénico se ve afectada tanto por las características clínicas de la enfermedad, como por la estigmatización social que existe en torno a la misma.

La esquizofrenia tiene síntomas positivos y negativos. Los síntomas positivos se caracterizan por afectar los procesos de percepción, emoción, comportamiento y motivación del individuo. Por otro lado, los síntomas negativos corresponden a la pérdida de ciertas facultades volitivas, emocionales e intelectuales. Uno de los síntomas negativos más limitantes es la pérdida de relaciones sociales.

El presente proyecto de investigación plantea a la Terapia Grupal Humanista Existencial como una herramienta que podría resultar efectiva para facilitar la interacción social en personas con esquizofrenia.

Palabras clave: esquizofrenia, terapia de grupo, terapia humanista existencial, síntomas negativos, interacción social.

ABSTRACT

Schizophrenia is a serious thinking disorder with a chronic course. The schizophrenic's quality of life is affected by both, the clinical characteristics of the disease, and the social stigmatization that exists around it.

Schizophrenia has positive and negative symptoms. Positive symptoms are characterized by affecting the processes of perception, emotion, behavior and motivation of the individual. On the other hand, the negative symptoms correspond to the loss of certain volitional, emotional and intellectual faculties. One of the most limiting negative symptoms is the loss of social relationships.

The present research project raises the Existential Humanist Group Therapy as a tool that could be effective to facilitate social interaction in people with schizophrenia.

Key words: schizophrenia, group therapy, existential humanistic therapy, negative symptoms, social interaction.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
Antecedentes	8
Problema	9
Pregunta de investigación	10
Propósito del estudio.....	10
Significado del estudio.....	11
REVISIÓN DE LITERATURA	12
Fuentes	12
Formato de la revisión de la literatura	12
Historia de la Esquizofrenia.....	13
Epidemiología	15
Diagnóstico de esquizofrenia.....	18
Tratamiento de la enfermedad	32
Terapia Humanista Existencial	33
Terapia Grupal	36
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	44
Diseño y justificación de la Metodología Seleccionada	44
Participantes.....	45
Herramientas de investigación utilizadas	46
Procedimientos de recolección y análisis de datos	47
Consideraciones éticas.....	48
RESULTADOS ESPERADOS	49
DISCUSIÓN	51
Conclusiones	53
Limitaciones del Estudio	54
Recomendaciones para futuros estudios	55
REFERENCIAS	56
ANEXO A	59
ANEXO B	63
ANEXO C	68
ANEXO D	70

INTRODUCCIÓN

La esquizofrenia es un trastorno mental grave que se caracteriza por manifestar síntomas positivos, y negativos que afectan los procesos de percepción, pensamiento, emoción y motivación (Moya, Martínez & otros, 2009) que interfieren en el funcionamiento normal del individuo dentro de su ámbito cotidiano. En la esquizofrenia se ven afectadas varias funciones como la percepción, los procesos de pensamiento, la concentración y el procesamiento emocional. Como consecuencia de esto, existen alteraciones en la forma de percibir el mundo y por ende, el individuo experimenta problemas para adaptarse en su entorno (Moya, Martínez & otros, 2009).

El tratamiento de esta enfermedad está enfocado en reducir la frecuencia y la intensidad de los episodios psicóticos del paciente. Para ello, es necesario realizar una intervención psicofarmacológica y psicológica que proporcione herramientas para mejorar el funcionamiento psicosocial del individuo (Departamento de Salud Mental de los Estados Unidos, 2015). Para finalidad del presente proyecto de investigación, se analizará la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial como un procedimiento complementario para mejorar la calidad de vida de personas diagnosticadas con esquizofrenia.

La Terapia Grupal Humanista Existencial busca contribuir al desarrollo individual, a través de la experiencia del trabajo en grupo (González & Márquez, 2011). A continuación se presenta un análisis de cómo estas intervenciones grupales pueden favorecer la interacción social del individuo afectado por este trastorno.

Antecedentes

Es difícil reconstruir conceptualmente el marco histórico de esta enfermedad ya que no existe información previa al siglo XIX. Existen autores que afirman que la esquizofrenia ha existido desde siempre y atribuyen esta ausencia de información a la incapacidad para conceptualizar este trastorno. Por otro lado, autores como Hare y Crow proponen que esta enfermedad se activa en el contexto histórico de la revolución industrial, debido a cambios estructurales en el cerebro. Esta es una perspectiva biológica que Hare logra conciliar con otras teorías y propone que, dado que las enfermedades no son estáticas, pudo ocurrir alguna variación genética que intensificó la sintomatología de un tipo de esquizofrenia. Al ser los síntomas más visibles, se facilitó su identificación y diferenciación respecto a otras enfermedades mentales, lo que permitió su conceptualización (Álvarez & Colina, 2011).

Después de la segunda guerra mundial, frente a la necesidad de contar con un lenguaje clasificatorio, surge el manual de diagnóstico DSM, dónde se incluyó a la esquizofrenia como parte de las psicosis de base orgánica. En la segunda edición de este manual se establece una diferenciación entre la esquizofrenia y otros trastornos que se encontraban dentro de esta categoría, proponiendo una sintomatología específica y una forma clara de conceptualizar a la enfermedad (Del Barrio, 2009).

En cuanto a los tratamientos propuestos para esta enfermedad, han ido evolucionando a lo largo de la historia. En 1928 surgió la lobotomía, este era un procedimiento quirúrgico en el que se pretendía alterar las conexiones neuronales del lóbulo frontal para disminuir las alucinaciones y comportamientos impulsivos y extravagantes sintomatología de los pacientes con esquizofrenia (Álvarez & Colina, 2011).

Con el aparecimiento de los fármacos evoluciona el tratamiento de esta enfermedad, combinando la administración de fármacos antipsicóticos con tratamiento psicológico. Este tipo de intervención se ha mantenido hasta la actualidad, variando únicamente el tipo de fármacos que se administran al paciente, de clásicos a atípicos, mediante los cuales se disminuye la manifestación de síntomas positivos (Sociedad Española de Psiquiatría, 1998).

Para el tratamiento de síntomas negativos se puede aplicar psicoterapia individual y grupal (Sociedad Española de Psiquiatría, 1998). Este proyecto de investigación propone la aplicación de Terapia Grupal Humanista Existencial, para disminuir los síntomas negativos de los pacientes y facilitar la interacción social entre ellos y otros miembros de la comunidad.

Problema

Según la OMS, la esquizofrenia afecta a más de 21 millones de personas alrededor del mundo. Los individuos diagnosticados con este trastorno tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de sufrir muerte temprana (2016). Esta enfermedad es más frecuente en el sexo masculino que en el femenino y es limitante para el individuo debido a la manifestación de los síntomas tanto positivos como negativos (OMS, 2016).

En Ecuador no existen datos respecto a la prevalencia de este trastorno, sin embargo, en el 2014 el Ministerio de Salud Pública presentó un plan estratégico nacional basado en 5 lineamientos que permitan prevenir y fortalecer el tratamiento de enfermedades mentales (MSP, 2014). Dentro de este plan se reconoce a la salud mental como una dimensión importante para el bienestar individual. Del mismo modo, se reconoce la inexistencia de leyes y normativas relacionadas con la conceptualización y el tratamiento de esquizofrenia (MSP, 2014).

La OMS (2016) explica que el 50% de personas aquejadas de esquizofrenia no recibe el tratamiento apropiado, lo que dificulta su adaptación. Del mismo modo, explica que una variable que interfiere en las relaciones familiares, sociales y laborales del individuo esquizofrénico es la estigmatización que existe en torno a esta enfermedad (OMS, 2016). Para contrarrestar esta problemática, el Ministerio de Salud Pública ha creado grupos de autoayuda para amigos y familiares de personas con esquizofrenia donde se les proporciona información sobre este trastorno (MSP, 2014). Sin embargo, no se ha planteado una iniciativa direccionada para los pacientes en la cual se trabaje en mejorar su interacción social.

Frente a esta necesidad se propone el presente proyecto de investigación que pretende indagar cómo la Terapia Grupal Humanista Existencial puede convertirse en una herramienta efectiva para favorecer la interacción social de personas esquizofrénicas y disminuir sus síntomas negativos.

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Grupal Humanista Existencial funciona como un instrumento efectivo para favorecer la interacción social en personas con esquizofrenia?

Propósito del estudio

A partir de este estudio se pretende desarrollar un programa de intervención grupal para personas con esquizofrenia, basado en la Terapia Humanista Existencial. Este programa podrá ser implementado como un método complementario para contrarrestar los síntomas negativos de esta enfermedad que limitan la interacción social del individuo con otros.

Significado del estudio

La esquizofrenia es una enfermedad que se caracteriza por tener síntomas positivos y negativos. Debido a las características de esta enfermedad, las intervenciones psicológicas que se aplican en el país están enfocadas para contrarrestar los síntomas positivos. Este proyecto de investigación propone una intervención complementaria enfocada también en los síntomas negativos de la enfermedad. El propósito final de la misma es contribuir para un tratamiento integral de las personas con esquizofrenia, que les permita integrarse en la sociedad.

REVISIÓN DE LITERATURA

La pregunta de investigación cuestiona la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para favorecer la interacción social en personas con esquizofrenia. Para poder plantear la intervención, es necesario conceptualizar a la esquizofrenia, entendiendo sus síntomas y consecuencias en el funcionamiento de la persona. De igual manera, será fundamental entender los lineamientos de la Terapia de Grupo Humanista Existencial para poder construir con ellos la intervención, aplicando los factores que puedan ser más efectivos en personas con esta enfermedad.

Fuentes

Las fuentes de información que se utilizaron para la revisión de literatura provienen de artículos científicos que se obtuvieron en los buscadores: Google académico y SPRINGER; y libros de la Biblioteca de la Universidad San Francisco de Quito. Con la finalidad de encontrar datos correspondientes a la prevalencia e incidencia de la enfermedad se han consultado documentos de la Organización Mundial de la Salud y del Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Así mismo, para facilitar la conceptualización de la enfermedad se consultaron los manuales diagnósticos DSM-IV-TR, DSM-V Y CIE-10.

Formato de la revisión de la literatura

El formato utilizado para la revisión constará de dos partes. La primera parte referente a la esquizofrenia, en la que se revisará la historia de la enfermedad, su epidemiología, los síntomas y criterios que deben estar presentes para el diagnóstico de la enfermedad y su tratamiento. La segunda parte aborda los conceptos y fundamentos de la terapia de grupo, poniendo especial atención a la Terapia Humanista-Existencial y a los factores que deben estar presentes durante el proceso terapéutico.

Historia de la Esquizofrenia

Para reconstruir la historia de esta enfermedad es necesario remontarse a la historia de la locura y por ende, la historia de la psiquiatría. Antes del periodo grecorromano, se cree que los egipcios tenían una noción de las enfermedades mentales, entendiéndolas como variaciones de enfermedades físicas. Sin embargo, al no existir descripciones precisas sobre estos pacientes, no es posible determinar si estas enfermedades estaban relacionadas con la esquizofrenia (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 2). Del mismo modo, en la Biblia se menciona a la locura para describir comportamientos inapropiados, en este caso no se entiende a esta condición como algo característico del individuo, sino más bien como una influencia de fuerzas externas a él (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 3).

Hipócrates de Cos, fue el primero en plantear una taxonomía de las enfermedades mentales, basada en los cuatro elementos y su relación con el temperamento de las personas. Propuso también, por primera vez, los conceptos de histeria y paranoia. Esta última, podía ser entendida como una locura crónica, similar a lo que los romanos conocieron como demencia. En base a las descripciones de esta enfermedad, se presume que podría estar relacionada con síntomas de esquizofrenia (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 3).

De igual manera, en el siglo I después de Cristo, Areteo de Capadocia y Sorano de Efeso definieron con el término “delirio febril” a manifestaciones de un comportamiento inusual que podría estar describiendo rasgos de algún tipo de esquizofrenia. También plantearon los términos “melancolía” y “manía” como problemas afectivos (Ackernecht citado en Gómez, 1962; pág.11).

Durante el periodo medieval, Nagib Muhammad, un médico islámico, describe cerca de 30 enfermedades mentales entre las que se encuentran descripciones de enfermedades cognitivas en las que se identifica al individuo como poseído por un

espíritu o con locura crónica. Más tarde, el persa Avicena plantea que las enfermedades mentales no son producto de algo sobrenatural, sino que estarían relacionadas con problemas de salud (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág.4).

La separación de la patología mental de lo espiritual constituye un avance importante en la historia de la psiquiatría, a pesar de que esta se haya dado únicamente en un ámbito conceptual; ya que hasta el siglo XV, la inquisición mantenía la idea de que fuerzas externas podían influir en los individuos y llevarlos a actuar con locura (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág.4).

Los siglos XVII y XVIII constituyen una evolución significativa dentro este estudio. Con la aparición de un nuevo status médico-legal, investigaciones en este campo y varios intentos por clasificar las enfermedades mentales, finalmente se consolidó el entendimiento de las patologías mentales como problemas de salud individuales y no posesiones demoníacas (Gómez, 1962; pág. 12).

A finales del siglo XVII y comienzos del XIX, creció el campo de investigación de las enfermedades mentales y se popularizó el término “psiquiatría”, que había sido propuesto por Johann Reil en primera instancia, pero que se difundió en el lenguaje médico cotidiano (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág.4).

A finales del siglo XIX, con el incremento de la investigación en esta área, comenzaron a surgir nuevos términos como: psicosis, catatonia, demencia precoz, entre otros. Sin embargo, no fue hasta 1911, que Bleuler plantea por primera vez el término esquizofrenia, en el cual entrarían conceptualmente los pacientes con demencia precoz. Con esta nueva conceptualización, aumentan las investigaciones en torno a esta enfermedad y se comienzan a definir síntomas específicos. A partir del siglo XX se observa el incremento de investigaciones sobre la esquizofrenia que continúa en crecimiento hasta la actualidad (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 5).

Epidemiología

Incidencia y prevalencia

Es necesario conocer la prevalencia e incidencia de la esquizofrenia para poder entender la magnitud de individuos que tienen este trastorno. La prevalencia de la enfermedad permite conocer la cantidad de personas afectadas por esquizofrenia durante un momento específico. Por otro lado, la incidencia proporciona información sobre los futuros casos de personas con esta enfermedad que podrían presentarse en los próximos años. En Ecuador no existen datos que permitan calcular la prevalencia e incidencia de esquizofrenia, por este motivo, los datos que se expondrán a continuación están basados en cifras mundiales.

Dado que en esta enfermedad habría una variación mínima o incluso escasa alrededor del mundo (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 18), a partir de estos datos es posible tener una idea de la magnitud de personas que podrían padecer esta enfermedad a nivel nacional. Lieberman, Scott y Perkins en su tratado sobre la esquizofrenia (2008; pág. 18), proponen que la prevalencia puntual de la enfermedad sería de 5 personas por cada 1000 habitantes aproximadamente. Mientras que la incidencia sería de entre 7 y 14 personas por cada 100.000 habitantes aproximadamente (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2009; pág. 38).

En cuanto a las diferencias de género, la OMS (2016) plantea que existe una mayor cantidad de hombres esquizofrénicos en comparación con la cantidad de mujeres. De 21 millones de personas con esquizofrenia alrededor del mundo, aproximadamente 12 millones serían hombres y 9 millones mujeres. Estos datos son congruentes con la información proporcionada por Lieberman, Scott y Perkins (2008; pág.18), quienes plantean que la probabilidad de que los hombres sean afectados por esta enfermedad a lo largo de su vida, es aproximadamente un 30-40% mayor a la de las mujeres.

Curso de la enfermedad

El inicio de la esquizofrenia suele presentarse con mayor frecuencia en la adolescencia o al inicio de la adultez, sin embargo, es posible que en casos específicos, pueda presentarse durante la infancia. En los hombres hay una tendencia mayor de inicio a comienzos de la tercera década de su vida, mientras que en las mujeres a finales de la segunda (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2009; pág: 39). No existe evidencia científica sólida que permita identificar signos o síntomas de esta enfermedad presentes en la infancia que faciliten la predicción de un pronóstico. En personas con esquizofrenia de inicio tardío, es posible que hayan existido alteraciones parciales o totales en el desarrollo al inicio de su infancia. De igual manera, pueden presentarse anomalías físicas leves en la estructura de diversas partes del cuerpo de personas con esta enfermedad y sus familiares. Es importante recalcar que estas anomalías no son privativas e incluso pueden ser imperceptibles (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 20).

La esquizofrenia es una enfermedad de curso crónico, aunque pueden existir pacientes cuyo desarrollo de la enfermedad sea estable y con un mejor desenlace (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 20). Existen tres fases mediante las cuales se puede describir el curso de esta enfermedad, la fase aguda o crisis, la fase de estabilización o post crisis y la fase estable o de mantenimiento. En la fase aguda los síntomas positivos y negativos se presentan de forma más intensa, por lo que la persona afectada no puede cuidar de sí misma de manera adecuada. En la fase de estabilización los síntomas positivos comienzan a disminuir su intensidad, este proceso puede durar 6 meses o más. Finalmente, en la fase de mantenimiento los síntomas se estabilizan y pueden incluso llegar a desaparecer. Existe también un periodo prodrómico que puede durar días, semanas o incluso meses, en los que el paciente podría presentar síntomas

positivos leves o síntomas no psicóticos previos a la recaída (Ministerio de Sanidad y Consumo de España, 2009; pág. 39).

Factores de Riesgo

- Antecedentes de esquizofrenia en la familia: A pesar de que aproximadamente el 60% de esquizofrénicos no registran antecedentes previos de esta enfermedad en su familia, el tener un padre con esquizofrenia aumenta la probabilidad de tener esta enfermedad en un 10-15% y el tener un hermano esquizofrénico en un 7-8% (Allende & Almendras, 2006; pág. 56).
- Complicaciones obstétricas: Existe una correlación positiva entre las complicaciones obstétricas y la esquizofrenia. Varios pacientes que sufren de esta enfermedad reportan haber sufrido complicaciones perinatales. Lo que aún no ha podido determinarse es la relación causal, es decir, si las complicaciones son una consecuencia de las alteraciones genéticas de la esquizofrenia o si la complicación en sí misma aumenta el riesgo de esta enfermedad. De todos modos, las personas que han sufrido complicaciones obstétricas tienen un 50% más de probabilidad de presentar esquizofrenia. Esta información se puede corroborar en estudios con gemelos monocigóticos, en los que aumenta la incidencia de esta enfermedad en el gemelo afectado. De igual manera, se ha encontrado registros de complicaciones obstétricas en un 20% de pacientes con esquizofrenia (Obiols & Vicens, 2003; pág. 239).
- Salud de la madre durante el embarazo: Los problemas en la nutrición de la madre en el primer trimestre de embarazo y los niveles elevados de

estrés, se han registrado como factores de riesgo para la aparición de esquizofrenia en su hijo (Allende & Almendras, 2006; pág. 56).

- Factores ambientales: Al analizar la estacionalidad de esta enfermedad se identificó que existe una mayor incidencia de esquizofrenia en personas que nacieron en invierno. Una posible explicación para este fenómeno estaría relacionada con las infecciones virales que se presentan durante esta época, que podrían afectar el desarrollo fetal (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pág. 24).

Diagnóstico de esquizofrenia

Instrumentos de evaluación y diagnóstico

Las principales herramientas diagnósticas que se utilizan en el ámbito de la psicología clínica actualmente son el DSM-IV-TR, el DSM V y la CIE-10. A pesar de tratarse del mismo manual diagnóstico, es importante incluir ambas versiones del DSM ya que ambas se usan en la práctica clínica y existen variaciones tanto en la definición como en la descripción de los síntomas de esta enfermedad (Callafel y Lemos, 2014; pag. 89).

El primer cambio se observa en el Criterio A. En el DSM-IV-TR consta:

- A. Síntomas característicos: dos (o más) de los siguientes síntomas, cada uno de ellos presente durante un periodo de tiempo significativo de 1 mes (o menos si ha sido tratado con éxito):
 1. Ideas delirantes
 2. Alucinaciones
 3. Lenguaje desorganizado (p. ej., descarrilamiento frecuente o incoherencia)
 4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

5. Síntomas negativos (p. ej., aplanamiento afectivo, alogia o abulia)

Sólo se requiere un síntoma del criterio A si las ideas delirantes son extrañas o si las alucinaciones consisten en una voz que comenta continuamente los pensamientos o el comportamiento del sujeto, o si dos o más voces conversan entre sí (DSM-IV-TR, 2000; p. 312).

Al final del criterio A, en el DSM-IV-TR se hace una aclaración respecto a la presencia de ideas delirantes extrañas y alucinaciones asociadas con voces. En dicha aclaración se explica que en caso de estar presentes estos elementos, no se requiere la presencia de más síntomas de esta sección. Por el contrario, si no están presentes, se exige la presencia de dos o más de los síntomas enumerados anteriormente. Para poder eliminar esta aclaración, el DSM V especifica que sólo se necesita uno de los tres primeros síntomas del criterio A. Así mismo, existe un cambio en la definición de las Ideas Delirantes. En el DSM-IV-TR estas eran entendidas como “creencias erróneas”, mientras que en el DSM V se las define como “creencias fijas” e irrefutables, a pesar de la evidencia que se pueda presentar en su contra (Callafel y Lemos, 2014; pag. 90).

Otro cambio dentro de este mismo criterio es la descripción de los síntomas negativos. En esta nueva edición se consideró que no era necesario incluir la alogia como un ejemplo en este punto y se reemplazó el aplanamiento afectivo por expresión emocional disminuida (Callafel y Lemos, 2014; pag. 90).

En el Criterio F dónde se habla del diagnóstico adicional de esquizofrenia cuando hay un trastorno generalizado del desarrollo, se incluyó que para poder hacer la adición de este diagnóstico, era un requisito previo la presencia de “cualquier trastorno de comunicación de inicio de la infancia” (Callafel y Lemos, 2014; pag. 90).

Otro de los cambios más significativos es el de los subtipos de esquizofrenia. En el DSM-IV-TR se plantean síntomas adicionales que permitirían identificar el subtipo al

que corresponde el diagnóstico. En el DSM V no se plantea ningún síntoma adicional, el subtipo de esquizofrenia se diagnostica en relación al síntoma más prominente que se presente al momento de realizar la evaluación psiquiátrica. Del mismo modo, se eliminó a la esquizofrenia catatónica como un subtipo de esta enfermedad, en lugar de ello se planteó a la catatonía como un criterio diagnóstico dentro de varios trastornos psicóticos, incluida la esquizofrenia (Callafel y Lemos, 2014; pag. 91).

En cuanto a la Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), existe una forma diferente de entender a esta enfermedad. La conceptualización de este manual es de carácter patognomónico, por lo que, en lugar de enfocarse en los síntomas positivos descritos en el DSM-IV-TR, se da un mayor énfasis a los síntomas de Schneider que están relacionados con los delirios y alucinaciones de distinto tipo, siendo las más comunes las auditivas. Este manual requiere únicamente la presencia de uno de estos síntomas (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pag. 186).

De igual manera, no es necesario que los síntomas descritos anteriormente se manifiesten durante seis meses para emitir un diagnóstico, en este instrumento la duración mínima de la sintomatología es de un mes. Esto se debe a que en el CIE-10 no se toma en cuenta la fase prodrómica de la enfermedad, mientras que en el DSM-IV-TR y el y el DSM V sí (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pag. 186).

Por otro lado, es importante destacar que en el CIE-10 se da un mayor énfasis a los síntomas negativos. En este manual diagnóstico se describen dentro de esta categoría a la apatía, pausas en el discurso y al embotamiento o incongruencia emocional (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pag. 186).

Finalmente, existen también diferencias en el diagnóstico de los subtipos de esquizofrenia. En el DSM-IV-TR constan como subtipos la esquizofrenia de tipo

paranoide, de tipo desorganizado, de tipo catatónico, de tipo indiferenciado y de tipo residual. El CIE-10 además de reconocer estos subtipos, incluye también en esta categoría a la depresión simple y posterior al diagnóstico de la enfermedad cuando se encuentra asociada a los síntomas característicos de la esquizofrenia. Del mismo modo, la esquizofrenia de tipo desorganizada consta en este manual como esquizofrenia hebefrénica (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; pag. 186).

Definición y síntomas de la enfermedad

Como se pudo evidenciar en la revisión histórica de la esquizofrenia, la manera de conceptualizar a esta enfermedad ha ido evolucionando conforme pasan los años. En el proceso de definir esta enfermedad, Crow (1980, 1985) planteó la existencia de los subtipos I y II de esquizofrenia, que por su descripción estarían relacionados con lo que hoy conocemos como síntomas positivos y síntomas negativos respectivamente. Sin embargo, no se mantuvo esta subdivisión, ya que se identificó que los síntomas de los pacientes no podían ser categorizados, porque en varias ocasiones presentaban características de ambos subtipos (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.189).

Después de que se comprendió que la esquizofrenia era un solo espectro con síntomas positivos y negativos, se desarrollaron escalas para poder evaluar la intensidad de estos síntomas, esto contribuyó a la comprensión de cómo estos se manifiestan y afecta al individuo esquizofrénico (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.189).

Aunque en la actualidad se sigue manteniendo la distinción entre síntomas positivos y negativos, se han planteado nuevas categorías que incluyen síntomas que abarcan otros dominios sindrómicos distintos a los ya expuestos. Los análisis factoriales sugieren un modelo de tres factores:

a) agrupación positiva o psicótica (alucinaciones, ideas delirantes, síntomas catatónicos); b) agrupación negativa (anhedonia, abulia, pobreza de lenguaje, embotamiento afectivo), y c) agrupación de desorganización (lenguaje desorganizado, afecto inapropiado, comportamiento extravagante) (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.190).

Existe también un modelo de cinco factores, conformado por:

Un factor positivo (ideas delirantes, comportamiento alucinatorio, grandiosidad, contenido inusual de pensamiento, persecución/sospecha); un factor negativo (embotamiento afectivo, retraimiento social pasivo/apático, ausencia de espontaneidad, evitación social activa); un factor de excitación (excitación, hostilidad, falta de cooperación, poco control de los impulsos); un factor cognitivo (desorganización conceptual, dificultades con el procesamiento abstracto, desorientación, falta de atención, preocupación), y un factor de depresión/ansiedad (ansiedad, sentimiento de culpabilidad, tensión, depresión) (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.190).

La evolución de los modelos da cuenta de la dificultad diagnóstica de la enfermedad. Para una mejor comprensión de cómo se manifiestan sus síntomas y cuál es su curso, a continuación se realiza una descripción más detallada basada en el modelo bifactorial que distingue entre síntomas positivos y negativos.

Síntomas positivos

Los síntomas positivos corresponden a las distorsiones que ocurren en el pensamiento, emociones y comportamiento de los individuos esquizofrénicos. Estos pueden presentarse en distintos momentos de la evolución de la enfermedad y con

distinta intensidad. Dada su naturaleza, suelen ser los signos patognomónicos del diagnóstico clínico de esta enfermedad.

a) Ideas delirantes:

El DSM-IV-TR define a las ideas delirantes como falsas creencias que se instauran en el individuo en base a una interpretación incorrecta de la realidad externa. Estas creencias se sostienen firmemente a pesar de lo que cualquier otra persona pueda creer o argumentar en su contra y no están relacionadas con la cultura o subcultura del individuo (2000; pág. 821).

Beck, Rector, Stolar y Grant (2009; pág.64) afirman que esta definición es limitada ya que es difícil determinar si la creencia del individuo es realmente falsa,

históricamente se ha comprobado que ideas que en el pasado se consideraban como ficticias o irreales, con el paso de los años pueden llegar a ser consideradas veraces. Para solucionar este problema, plantean varios aspectos que podrían facilitar el reconocimiento de una idea delirante, estos son: omnipresencia, convicción, significado, intensidad, inflexibilidad, irrefutabilidad, preocupación e impacto en las emociones y en el comportamiento.

Con omnipresencia se refieren al grado en que la consciencia del paciente está afectada por la creencia, la convicción sería la fuerza con la que la persona mantiene esta creencia. El significado hace referencia a la importancia que esta tiene dentro del sistema de creencias del individuo, la intensidad corresponde al grado en el que esta creencia desplaza y toma el lugar de otros pensamientos más realistas. La inflexibilidad e irrefutabilidad explican cuán reluctantante puede ser el paciente frente a evidencia que contradiga la creencia. Finalmente, la preocupación e impacto en las emociones y el comportamiento ponen en evidencia cómo la creencia podría llegar a afectar el funcionamiento normal del individuo (Beck et al., 2009; pág.64).

Otro problema que puede surgir al momento identificar las ideas delirantes es que estas pueden estar relacionadas con creencias compartidas por la cultura o subcultura de la persona. Por ejemplo, cuando en un contexto religioso el individuo esquizofrénico afirma ser el receptor de un mensaje divino, esta creencia podría ser reforzada por su entorno social. **En casos como este, resultaría más difícil llegar a determinar si la creencia expuesta corresponde o no a un delirio.** Beck et al. (2009; pág.65) explican que esto se debe a que **la identificación de una idea delirante debería ser en base al proceso de pensamiento y no al contenido de la creencia.**

En el proceso de elaboración de una creencia, para que esta sea considerada un delirio, es necesario que en primer lugar esta haya tomado el control del procesamiento de información, de modo que la interpretación de otros eventos se vea afectada por pensamientos contrarios a la lógica o a la evidencia. Segundo, esta interpretación es idiosincrática, es decir, que el individuo de un significado especial y personal a eventos externos que normalmente resultarían irrelevantes para él. Finalmente, esta forma de interpretar al mundo externo, debe ser lógica y congruente para esta persona, pero no para quienes lo rodean (Beck et al., 2009; pág.64).

Es importante recalcar que la convicción con la que la persona mantiene sus ideas delirantes y la validez que da a las mismas, puede ser variable en el curso de la enfermedad. Beck et al. (2009; pág.64) explican que existen pacientes esquizofrénicos que afirman que no creen sus delirios en un 100%. Sin embargo, sus interpretaciones delirantes de la realidad externa tienden a controlar su comportamiento y estado emocional.

b) Experiencias alucinatorias:

El DSM-IV-TR define a las alucinaciones como percepciones sensoriales que tienen todas las características de una percepción real, pero que no responden a ningún

estímulo sensorial. El individuo puede o no tener la introspección necesaria para reconocer que está experimentando una alucinación (2000; pág. 823).

Es importante distinguir a las alucinaciones de las ilusiones. La principal diferencia radica en que en las ilusiones sí existen estímulos sensoriales, pero la percepción de dichos estímulos es incorrecta o está distorsionada (DSM-IV-TR, 2000; pág. 823). Las ilusiones pueden ocurrir en pacientes esquizofrénicos durante la fase prodrómica de la enfermedad (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.197).

Existen distintos tipos de experiencias alucinatorias, estas pueden ser auditivas, visuales, gustativas, congruentes con el estado de ánimo, incongruentes con el estado de ánimo, olfativas, táctiles y somáticas; siendo las auditivas las más comunes en la esquizofrenia (DSM-IV-TR, 2000; pág. 824).

Las alucinaciones auditivas son de características amplias, regularmente los pacientes reportan escuchar palabras. Sin embargo, estas alucinaciones pueden presentarse también como sonidos no verbales, por ejemplo zumbidos, golpes o incluso música. Cuando se trata de palabras articuladas, estas pueden ser comentarios, críticas, órdenes, preocupaciones, preguntas o rumiaciones y pueden presentarse en segunda o tercera persona, nunca en primera persona (Beck et al., 2009; pág.106).

La frecuencia e intensidad de los sonidos que son percibidos por la persona puede variar de un día a otro. Varios pacientes explican que sólo experimentan alucinaciones cuando están sintiéndose mal. En ocasiones, las voces o sonidos que escucha el individuo pueden durar minutos y en otros momentos durar todo el día. De igual manera, pueden presentarse como susurros o como sonidos más fuertes. De la forma cómo se presenten dependerá el grado en el que afecten al paciente (Beck et al., 2009; pág.107).

Las alucinaciones auditivas suelen presentarse en un 50-70% de pacientes con esquizofrenia y la forma en la que la persona responde a ellas, puede variar de acuerdo al curso de la enfermedad. Cuando la esquizofrenia está en una fase de gravedad, es posible que el individuo se sienta aterrado o responda de manera hostil a estas voces. No es común que las personas sigan las órdenes que reciben en este tipo de alucinaciones, sin embargo, es posible que lo hagan. En estos casos la persona podría terminar actuando en contra de su integridad o de la integridad de otros (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.197).

Cuando las alucinaciones auditivas se presentan como voces, estas tienden a estar relacionadas con las experiencias que la persona tiene o ha tenido a lo largo de su vida y suelen ser hostiles o poco amigables. En algunos casos, las críticas o acusaciones que el individuo ha recibido, se convierten en alucinaciones que son repetidas por la persona que las infirió, o por otras voces (Beck et al., 2009; pág.107).

Es importante diferenciar a las alucinaciones auditivas de la audibilidad de pensamiento. La audibilidad de pensamiento se presenta cuando el individuo oye en voz alta sus propios pensamientos, como si escuchara una voz externa produciéndolos. Dado que estos se presentan en primera persona, el individuo puede reconocer que son suyos. No obstante, estos pueden anteceder a las alucinaciones auditivas (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.197).

Las alucinaciones visuales corresponden a la percepción de objetos con o sin forma que experimenta el individuo a pesar de no existir un estímulo real. Este tipo de alucinaciones no suelen ser frecuentes en la esquizofrenia. Sin embargo, cuando se presentan, tienden a estar relacionadas con el contenido de las ideas delirantes y pueden ser personas, formas, símbolos, objetos, colores o incluso luces (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.197).

Las alucinaciones gustativas se refieren a la percepción de sabores que en su mayoría tienden a ser desagradables. Este tipo de alucinaciones suelen estar relacionadas con las alucinaciones olfativas, que hacen referencia a la experimentación de olores extraños (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

En cuanto a las alucinaciones congruentes con el estado de ánimo, serían aquellas cuyo contenido está relacionado con el estado anímico depresivo o maniaco que la persona experimente en ese momento. Por otro lado, las alucinaciones incongruentes con el estado de ánimo, serían las que no tienen nada que ver con las emociones que el individuo esté experimentando (DSM-IV-TR, 2000; p.195-196).

Finalmente, las alucinaciones táctiles y somáticas. Estas están relacionadas con percepciones físicas. Los pacientes tienen la sensación de que están siendo tocados por algo o alguien. En este tipo de alucinaciones la persona puede experimentar la pasividad somática, que corresponde a la sensación de estar recibiendo pasivamente percepciones corporales impuestas por algo externo. Estas pueden llegar a ser bastante desagradables e incómodas, como por ejemplo, la falsa percepción de experimentar una violación (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

c) Comportamiento Extravagante:

Otro síntoma que se presenta en la esquizofrenia es el comportamiento fuera de las normas y costumbres sociales que pueden llegar a mostrar personas con esquizofrenia. Principalmente aquellas que han sido diagnosticadas con el subtipo catatónico. Este comportamiento puede responder o no a los delirios y alucinaciones experimentados por el individuo (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

Una forma de manifestar este comportamiento extravagante suele ser la vestimenta. Las prendas de vestir excéntricas o un evidente descuido de la imagen personal suelen presentarse en personas con esta enfermedad. De igual manera, dado que tienen

dificultad para calibrar la temperatura de su cuerpo con la temperatura externa, es posible que usen una cantidad de ropa inadecuada en días calurosos (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

El comportamiento social y sexual también tiende a ser un problema para las personas que padecen esquizofrenia. Dado que les es difícil regularse socialmente, es posible que terminen mostrando comportamientos que causan incomodidad a otros, como imitar a otras personas o reír fuertemente sin parar. De igual manera, cuando no pueden regular la expresión de su sexualidad, pueden terminar actuando en contra de normas básicas de convivencia con comportamientos como la masturbación pública por ejemplo (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

Dentro del comportamiento extravagante, se puede considerar al afecto inapropiado y a los movimientos motores extraños. Es importante no confundir al afecto inapropiado con el aplanamiento afectivo que sería más bien un síntoma negativo, el afecto inapropiado corresponde más bien a una expresión emocional incongruente con la situación que la persona experimenta. En cuanto a los movimientos motores, se observan de manera más clara en personas con esquizofrenia catatónica. Pueden ser movimientos repetitivos, muecas, balanceos; aunque también podrían manifestarse como una inmovilidad (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

Síntomas Negativos

Los síntomas negativos representan una pérdida de ciertas facultades, intelectuales, emocionales y volitivas. Estos pueden presentarse antes del primer episodio psicótico, durante el periodo prodrómico de la enfermedad y permanecer durante todo su curso. Se dividen en síntomas negativos primarios y secundarios. Los síntomas negativos primarios son aquellos que preceden a la psicosis y que se

mantienen entre un episodio psicótico y otro. Sus componentes desde un punto de vista longitudinal son: los síntomas negativos pre mórbidos, los síntomas negativos que están presentes junto con los positivos en los periodos más exorbitantes de la enfermedad y los componentes de deterioro pos psicótico (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.199).

Por otro lado, los síntomas negativos secundarios se caracterizan por ser no deficitarios y estar correlacionados con los episodios psicóticos. Dentro de este grupo se encuentran los efectos secundarios de la medicación y estados emocionales como la depresión (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.198).

Dado que los síntomas negativos son más estables, no disminuyen con el tratamiento de la enfermedad, es por ello que son un indicador de la prognosis de la esquizofrenia. Cuando estos son prominentes, la prognosis suele ser peor y se infiere que el individuo tendrá más dificultades para funcionar normalmente dentro de su entorno (Beck et al. 2009; pág. 145).

Existen varios factores cognitivos involucrados con los síntomas negativos, estos son: actitudes de aversión social, creencias derrotistas, expectativas negativas de placer y éxito y una percepción de recursos cognitivos limitados (Beck et al. 2009; pág. 145). Estos factores, se ven representados en la expresión de los síntomas negativos que se describen a continuación:

a) Embotamiento afectivo

También conocido como aplanamiento afectivo, este síntoma se caracteriza por una respuesta emocional disminuida o inexistente. Esto puede deberse a que el individuo está experimentando menos emociones o también a que, aunque las experimente, no pueda expresarlas o lo haga de manera incongruente (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

En ocasiones, las sensaciones físicas provenientes de la emoción pueden estar presentes en la persona. Sin embargo, le cuesta vincularlas y expresar lo que está sintiendo. Por lo que, aún cuando estas estuvieran presentes, el individuo podría mostrar un afecto plano (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

Las características del embotamiento afectivo son: la disminución de los movimientos espontáneos, la poca expresividad de los gestos del individuo en respuesta a un estímulo, poco contacto visual y el discurso lineal y monótono, sin variaciones en la tonalidad de voz (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

b) Relaciones Deficientes

Las personas con esquizofrenia tienen dificultades en construir y mantener relaciones saludables debido a su falta de empatía y escaso deseo de interactuar con el otro. La escasez de su deseo de interactuar con otros se traduce no solo en la falta de iniciativa para relacionarse con el otro, sino también en la tendencia a eludir el contacto interpersonal (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

c) Retraimiento social pasivo apático

Cuando la persona manifiesta este síntoma, tiende a buscar el aislamiento social y a evitar las relaciones con otros. A largo plazo, esto implica la pérdida de sus habilidades sociales y, en casos más crónicos, la pérdida de facultades básicas como el lenguaje (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

El retraimiento social puede traducirse en una disminución de la actividad y del interés sexual, en relaciones cortas y superficiales y en una incapacidad para intimar con otras personas y responder recíprocamente dentro de sus relaciones interpersonales (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

d) Pensamiento estereotipado

Este tipo de pensamiento es repetitivo y gira en torno a las creencias del individuo que pueden estar basadas en ideas delirantes, por lo que puede llegar a ser irracional. Una de las grandes limitaciones de este tipo de pensamiento es que lleva a la persona a mantener conversaciones circulares en torno a temas específicos. La cantidad de conversaciones y el contenido de las mismas suelen ser repetitivos, por lo que su interacción con otras personas se puede ver afectada (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200).

e) Alogia

La alogia está relacionada con los problemas que se pueden presentar en el discurso del individuo. Una de las formas en las que se manifiesta este síntoma es la pobreza de lenguaje. El paciente muestra un lenguaje restringido que en ocasiones puede generar respuestas monosilábicas y breves. Es posible también que no exista un déficit en la cantidad de palabras manejadas por el individuo, pero sí en su contenido. En este caso el paciente podría expresarse con un vocabulario extenso, pero la información que se transmitiría a través de su discurso podría ser redundante o sin sentido (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p.200-201).

Otra forma en la que se manifiesta este síntoma en los pacientes esquizofrénicos es el aumento de latencia previo a una respuesta. La persona podría tardarse más de lo normal en responder a una pregunta o comentario realizado por otra persona, lo que dificultaría en gran medida el mantener una conversación (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p. 201).

f) Abulia y apatía

Estos síntomas tienen que ver con las facultades volitivas del individuo. Cuando estos están presentes, la persona experimenta una pérdida de motivación e interés frente a sus actividades cotidianas. Carece de iniciativa para emprender nuevos retos y deja de

plantearse objetivos. Sus respuestas frente a estímulos externos suelen ser más bien pasivas (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p. 201).

El quietismo del individuo frente a su cotidianidad puede afectar significativamente su funcionamiento e incluso, pone en riesgo su salud ya que la persona podría descuidar su higiene personal. De igual manera, deja de hacer actividades diarias que antes formaban parte de su vida cotidiana, tales como el trabajo o los estudios. El paciente descuida su imagen personal y evita cualquier actividad, prefiere la inmovilidad (Lieberman, Scott y Perkins, 2008; p. 201).

Tratamiento de la enfermedad

El tratamiento de la esquizofrenia consiste en combinar tratamiento farmacológico con psicoterapia. El tratamiento farmacológico estaría involucrado principalmente en los síntomas positivos, su objetivo sería poder regularlos para posteriormente tratar con psicoterapia el significado del contenido de los episodios psicóticos (Beck et al. 2000; pág. 305).

Los fármacos que se usan para el tratamiento farmacológico son conocidos como anti psicóticos o neurolépticos. Estos fármacos se enfocan principalmente en la acción de la dopamina, bloqueando sus receptores, particularmente el receptor D2. El efecto que producen al aliviar los síntomas positivos principalmente, sugiere que estos podrían estar asociados con un exceso de dopamina a nivel cerebral (Beck et al. 2000; pág. 307).

Existen dos clasificaciones para los antipsicóticos, estos pueden ser típicos o atípicos. Los neurolépticos típicos corresponden a la primera generación de estos fármacos, por lo que también son conocidos como clásicos. El principal problema de este grupo son los efectos adversos del medicamento, que pueden interferir en el interés sexual del paciente o afectar sus movimientos motores gravemente; creando incluso un riesgo de muerte (Beck et al. 2000; pág. 309).

Es por ello que la industria farmacológica se vio en la necesidad de crear otros medicamentos que pudieran contrarrestar los síntomas de la esquizofrenia sin poner en riesgo al paciente con sus efectos adversos. Es así como se crean los fármacos atípicos o de segunda generación. Las ventajas de este grupo frente a los neurolepticos típicos son significativas. No solo se logró disminuir los efectos adversos de esta medicina, sino que además se descubrió que estos fármacos tenían un efecto positivo también en los síntomas negativos, cognitivos y afectivos (Beck et al. 2000; pág. 311).

En cuanto a la psicoterapia, la Terapia Cognitivo Conductual ha sido la más investigada para el tratamiento de esta enfermedad (Beck et al. 2000; pág. 305). Sin embargo, existen también conceptualizaciones de la esquizofrenia a partir de otras perspectivas terapéuticas. Para fines de este proyecto de investigación, se profundizará en la manera de entender este trastorno desde la Terapia Grupal Humanista Existencial.

Terapia Humanista Existencial

La Terapia Grupal Humanista Existencial entiende al ser humano como un individuo con autonomía y capacidad para tomar decisiones propias que le permitan alcanzar su desarrollo personal y llegar a la autorrealización. Desde esta perspectiva, el proceso terapéutico no es más que una herramienta de autodescubrimiento y liberación, que permite al individuo explorar en sus deseos y motivos intrínsecos para tomar decisiones que le ayuden a construir su propio camino hacia la autorrealización (Sánchez, 1998).

En esta perspectiva el terapeuta asume el rol de acompañar y guiar el proceso de autodescubrimiento de su cliente y empoderarlo para que éste pueda resolver sus conflictos desde sí mismo. Es por ello que el proceso terapéutico no se enfoca en la demanda o el problema del cliente, sino en él, para que este pueda descubrir y

desarrollar recursos que le permitan enfrentar cualquier situación que se le presente (Rogers, 1978).

Esta corriente terapéutica tiene su fundamento en la filosofía fenomenológica, una corriente que inicia formalmente con Edmund Husserl, aunque anteriormente el término “fenomenología” ya había sido empleado por otros filósofos como Hegel. Husserl, conocido como el padre de la fenomenología, cuestionaba al método científico y planteaba la distinción del conocimiento objetivo frente a la experiencia subjetiva (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 93).

Husserl plantea la descripción del fenómeno tal como este se presenta en la conciencia, dejando de lado los supuestos. El objetivo final de este filósofo era llegar a entender la esencia de las cosas en sí mismas para de este modo, darle a la filosofía un estatus científico (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 94).

Basados en estos principios, los terapeutas pertenecientes a la corriente Humanista Existencial buscan entender el fenómeno desde el punto de vista psicológico. Para ello enfocan su atención en la relación terapéutica a partir de dos sujetos que interactúan en un mismo espacio con experiencias subjetivas distintas. La intervención clínica en este caso, estaría basada en entender y profundizar en los campos fenomenológicos de la relación terapéutica, para ello **el terapeuta debe entender que su percepción de la experiencia es distinta a la de su cliente, y ayudar al cliente a profundizar en su propia experiencia** (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 100).

Para lograr este objetivo, se plantearon varios caminos enfocados en reforzar distintos elementos fenomenológicos. Uno de estos caminos lo propuso Carl Rogers (1951, 1961) con su terapia enfocada en la persona. Su objetivo era el de utilizar herramientas terapéuticas como el reflejo, para guiar al cliente hacia una mejor

comprensión de su mundo interno. Para ello, el terapeuta necesitaba ser empático y auténtico frente a la experiencia de su cliente, de este modo las diferencias en la percepción de la experiencia podían ser de crecimiento para ambos (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 101).

Otro de los caminos que se plantearon fue el del análisis corporal fenomenológico desarrollado a partir de las contribuciones de Reich (1942, 1949). La función del terapeuta en este caso, era enfocar su atención en las respuestas corporales del cliente dentro del espacio terapéutico para posteriormente compartirlas con él. Al ser consciente de sus respuestas corporales, el cliente podría integrarlas a su experiencia fenomenológica y de este modo tener una mejor comprensión de la misma (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 101).

Se planteó también un camino vivencial, en el que se enfocaba la terapia a identificar y resaltar las diferencias en la percepción del cliente y del terapeuta frente a una misma experiencia. Esta corriente se fundamentó en los aportes teóricos de Fritz y Laura Perls (1940, 1950), y es conocida hasta la actualidad como Terapia Gestáltica (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 101).

Independientemente de los caminos que decidan tomar los terapeutas pertenecientes a la corriente Humanista Existencial, es importante que enfoquen el proceso terapéutico en facilitar el descubrimiento fenomenológico de su cliente. Para ello, es importante que aprendan a percibir a su cliente sin supuestos ni prejuicios, conociéndolo a partir de su propia expresión de la experiencia. Por este motivo la autenticidad, la empatía, la aceptación total, la observación y la escucha, son herramientas terapéuticas importantes durante este proceso (Sassenfeld & Moncada, 2006; pág. 104).

Terapia Grupal

Historia

La terapia de grupo surge a partir del interés por entender al ser humano como parte de un contexto. En un inicio, existía una discrepancia entre la psicología y la sociología por entender a fondo esta perspectiva de la conducta humana. En este contexto, se desarrolló la escuela nominalista, que profundizaba en cómo la conducta grupal se construye a partir de la unión de conductas individuales. En esta perspectiva la psicología tenía un rol más dominante. De igual manera y, como contraposición a esta teoría, surgió la escuela realista. En esta teoría se daba más peso a la sociología, entendiendo a la conducta individual como una consecuencia del entorno social (Grinberg, Langer y Rodriugué citados en Gonzáles,1999; pág. 15).

A pesar de esta lucha continua, las limitaciones que se presentaron al intentar contraponer ambas teorías, crearon la necesidad de conciliarlas, así surgieron la psicología multipersonal y la microsociología. Ambas se centraban en el análisis de grupos pequeños, por lo que se convirtieron en mediadores entre la psicología y la sociología (Gonzáles,1999; pág. 15).

Más tarde, Joseph Pratt se convierte en el precursor de la terapia de grupo. En 1905, Pratt pone a pacientes tuberculosos en un clima de cooperación con la finalidad de acelerar su recuperación. Un doctor proporcionaba al grupo información sobre esta enfermedad y las precauciones que debían tomar, los pacientes podían hacer las preguntas o comentarios que consideraran pertinentes. Después de ver el resultado de esta intervención, en 1906 Pratt escribe sobre cómo las emociones que ocurren en un contexto colectivo pueden llegar a ser terapéuticas (Gonzáles,1999; pág. 16).

Él proponía que la interacción grupal generaba sentimientos de solidaridad, emulación y rivalidad. El rol del terapeuta sería el de encarnar la idealización de la

figura paterna. Esta combinación daría como resultado una mejoría en cada uno de los miembros del grupo (Gonzáles,1999; pág. 16).

A partir de la teoría de Pratt surgieron nuevas perspectivas que proponían un cambio en la dinámica del grupo. Estas corrientes sugerían que, en lugar de ver al terapeuta en un rol jerárquico distinto al del resto del grupo, era importante fomentar una relación equitativa y fraternal (Gonzáles,1999; pág. 17).

Otra de las corrientes que surgieron introdujo la teoría psicoanalítica a la terapia de grupo. En este caso el terapeuta utiliza su conocimiento en psicoanálisis y la dinámica de la relación grupal como herramientas de introspección y cambio en el grupo (Gonzáles,1999; pág. 17).

A pesar de que las distintas perspectivas que surgieron respecto a la terapia grupal permitieron que este tipo de terapia se consolidara, no fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se difundió por todo el mundo. Esto ocurrió como respuesta a la necesidad que tenían los soldados que participaron en esta guerra de recibir atención psicológica (Gonzáles,1999; pág. 17).

Como consecuencia de esta difusión, comenzaron a surgir interrogantes relacionadas con cómo aplicar esta terapia. Una de las más relevantes cuestionaba si el terapeuta debería centrar su atención en el grupo como un todo o si esta debería estar dirigida a sus miembros como individuos. Para resolver este cuestionamiento, Slavson y Klapman proponen que es necesario unificar al grupo. Para ello, es necesaria su homogeneización, su preparación y la selección previa de sus integrantes (Gonzáles,1999; pág. 17).

En la actualidad, la psicoterapia de grupo se ha consolidado como una herramienta terapéutica de gran valor y la investigación en torno a la misma ha incrementado significativamente. Wolpe citado en Gonzáles (1999; pág. 18) propone

que existen tres tipos de psicoterapia: la Terapia de Soporte o de Apoyo, la Terapia Reeducativa y la Terapia Reconstructiva (González, 1999; pág. 18).

Terapia Grupal Humanista Existencial

En esta perspectiva el terapeuta asume el rol de acompañar y guiar el proceso de autodescubrimiento de su cliente y empoderarlo para que éste pueda resolver sus conflictos desde sí mismo. Es por ello que el proceso terapéutico no se enfoca en la demanda o el problema del cliente, sino en él, para que este pueda descubrir y desarrollar recursos que le permitan enfrentar cualquier situación que se le presente (Rogers, 1978).

La Terapia Grupal Humanista Existencial busca contribuir al desarrollo individual, a través de la experiencia del trabajo en grupo. En este proceso, el terapeuta se convierte en un facilitador que lleva al grupo a afrontar su situación desde el presente, invitándolos a ser auténticos y genuinos, creando un ambiente de aceptación total con cada uno de sus integrantes y mostrando y promoviendo empatía (González & Márquez, 2011).

Resulta difícil determinar los factores terapéuticos que intervienen para el éxito de este tipo de terapia grupal debido a que estos podrían ser muy amplios y diversos. A pesar de que se han realizado varias investigaciones en torno a este tema, no es posible plantear una lista definitiva ya que las perspectivas al respecto son bastante variables. Los factores que resultan relevantes para los terapeutas dentro del proceso terapéutico, no siempre son considerados de este modo por los pacientes. De igual manera, existen otras variables que influyen en la opinión de ambas partes. En el caso de los terapeutas la más influyente suele ser la corriente teórica a la que pertenecen; en el caso de los pacientes pueden influir el diagnóstico, edad, grupo al que pertenecieron, entre otros (Yalom, 2000; pág. 26).

Con la finalidad de establecer un marco de referencia sobre los factores que deberían incluirse dentro de un proceso terapéutico grupal, Yalom (2000; pág. 26) desarrolló una lista en base a su experiencia como terapeuta y a la experiencia de otros colegas. Los factores que constan en esta lista se describen a continuación:

- *Infundir esperanza:* Este es un factor importante dentro del proceso terapéutico ya que la esperanza puede ayudar a mantener a la persona dentro del proceso y convertirse en un motor de cambio. Es importante que el terapeuta trabaje en transmitir esperanza al grupo incluso antes de iniciar con el proceso como tal. De igual manera, deberá seguir trabajando en este aspecto durante la terapia. Para hacerlo puede apoyarse en los participantes del grupo (Yalom, 2000; pág. 26). Por ejemplo: Un paciente que ha logrado suspender su consumo de alcohol durante varios años puede convertirse en un referente de esperanza para miembros que apenas están comenzando el proceso.
- *Universalidad:* Cuando los individuos inician un proceso terapéutico, sea este individual o grupal, existen aspectos de sí mismos que les son difíciles de aceptar. Estos son aspectos que normalmente no comparten con otros y que les causan culpa, vergüenza o remordimiento. Al iniciar un proceso de terapia grupal es importante que el terapeuta promueva un ambiente de transparencia, aceptación incondicional y aceptación. Cuando las personas perciben que se encuentran en un espacio seguro, se sienten más seguros de compartir con otros estos aspectos. Al hacerlo, logran encontrar que no son los únicos que piensan o sienten de esa manera y esto puede generarles un gran alivio (Yalom, 2000; pág. 27).

- *Información participada:* Es importante que antes de iniciar el proceso todos los miembros cuenten con una información participada que explique los lineamientos en los que se desarrollara la terapia grupal. En este documento se puede agregar información sobre el trastorno a tratar que sea útil para los miembros del grupo. El contar con este documento disminuye la ansiedad de los participantes al comenzar el proceso (Yalom, 2000; pág. 31-35).
- *Altruismo:* Este es un elemento que normalmente se construye de manera natural en el grupo y es responsabilidad del terapeuta el reforzarlo. Es importante que esté presente ya que su valor terapéutico es elevado. Cuando los miembros del grupo se ayudan entre sí, no solo crecen al recibir la ayuda del otro, al ofrecer su ayuda y sentirse valorados por alguien más, se refuerza su autoestima y mejora su autoimagen (Yalom, 2000; pág. 36-37).
- *Recapitulación correctiva del grupo familiar primario:* La relación que se establece entre los miembros del grupo está cargada de transferencia. La dinámica del grupo es similar a la de una familia, existen jerarquías, relaciones horizontales, conflictos y alianzas. El terapeuta puede ayudar a que las relaciones dentro del grupo se desarrollen de una manera más adaptativa y de este modo, dar una pauta a sus miembros de cómo podrían manejar sus relaciones cotidianas. De este modo, el grupo se convierte en una experiencia correctiva para todos los que lo conforman. (Yalom, 2000; pág. 38-39).
- *Desarrollo de técnicas de socialización:* Las habilidades sociales son importantes dentro de la terapia grupal ya que facilitan la interacción de

los miembros del grupo entre sí. En casos en los que los pacientes tienen dificultades significativas para relacionarse con otras personas el grupo puede convertirse en una oportunidad para hacerlo en un espacio seguro. El terapeuta puede utilizar dinámicas, actividades o psicoeducación para fomentar las técnicas de socialización (Yalom, 2000; pág. 40).

- *Conducta imitativa:* Albert Bandura fue el primero en proponer que el aprendizaje no solo ocurría como una consecuencia de la experimentación, sino que también podía ocurrir a partir de la observación. Este tipo de aprendizaje en el campo psicoterapéutico se conoce como terapia vicaria. En el campo de la terapia grupal, la observación e imitación del terapeuta y de otros miembros del grupo con mayor madurez, puede ser una herramienta de crecimiento importante, en especial durante la fase inicial del proceso (Yalom, 2000; pág. 41).
- *Catarsis:* La catarsis es un elemento importante en cualquier proceso terapéutico. En el ámbito de la terapia grupal, el hecho de que la liberación emocional ocurra en un contexto social, es una experiencia positiva que contribuye al cambio terapéutico de todos sus integrantes (Yalom, 2000; pág. 43).
- *Factores existenciales:* Es importante que estos factores estén presentes en el proceso de terapia grupal para fomentar la autonomía de los miembros del grupo. A pesar de que la experiencia de apoyo y colectividad es altamente terapéutica, esta no puede trascender en la vida del individuo si él no se hace responsable de su propia vida. El pensamiento existencial es un elemento fundamental en la Terapia Humanista-existencial. Sin embargo puede ser utilizado también en

terapias grupales de otras corrientes para empoderar a los miembros del grupo y ayudarlos a no depender del mismo (Yalom, 2000; pág. 44).

- *Cohesión de grupo:* Independientemente de la corriente del terapeuta, varias investigaciones confirman que la alianza terapéutica es uno de los elementos más definitorios del éxito de la terapia. En un ámbito grupal, no es suficiente la relación del terapeuta con los miembros del grupo, sino que es importante que exista una cohesión grupal. Cuando este elemento está presente existe una mayor tasa de asistencia y recuperación en todos los participantes. Para poder desarrollarla es importante enfocarse en el espíritu de cuerpo y en la atracción de cada miembro hacia el grupo (Yalom, 2000; pág. 47-52).
- *Aprendizaje interpersonal:* La personalidad del ser humano se construye en base a la interacción con otros. La gregaridad forma parte de la condición humana, la autoimagen se construye a partir de lo que el individuo piensa de sí mismo y de lo que cree que otros piensan de él. Los problemas personales pueden derivar en problemas interpersonales y viceversa, es por eso que la terapia grupal puede convertirse en un recurso para reestructurar las distorsiones que las personas han construido en torno a sus relaciones interpersonales (Yalom, 2000; pág. 53-55).
- *El grupo como microcosmos social:* Un fenómeno que ocurre en la terapia grupal, es que los integrantes reproducen el comportamiento que tienen en su vida diaria dentro del grupo. Una persona intolerante, incluso si quiere mostrarse de forma favorable, con el tiempo terminará mostrando su intolerancia frente a otros miembros del grupo. Dentro de

la dinámica grupal, el comportamiento de una persona puede reflejar de manera más real la patología que padece frente a cualquier descripción que esta pudiera hacer de su problema. En este contexto, es importante tomar en cuenta este factor para poder ayudar al grupo en su recuperación (Yalom, 2000; pág. 57).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de contestar de manera más efectiva a la pregunta de investigación, se planteará la intervención bajo un diseño de métodos mixtos, es decir que se aplicarán herramientas de investigación tanto cuantitativas como cualitativas.

Diseño y justificación de la Metodología Seleccionada

Las variables que se analizarán en este proyecto son las siguientes:

- Variable independiente: Terapia-Grupal humanista existencial.
- Variable dependiente: Desarrollo de habilidades sociales en personas con esquizofrenia.
- Variable controlada: Grupo de pacientes esquizofrénicos que no asistirán a la terapia grupal.

La variable dependiente es la que determinará la efectividad de la intervención a realizar, por este motivo es la variable que se evaluará. Los métodos más usados para evaluar habilidades sociales son los siguientes: escalas de autorreporte, entrevista profesional, auto registros, medidas conductuales y reacciones fisiológicas (Hernández, Fernández & Baptista, 2010; pág. 20).

En las escalas de autorreporte las personas utilizan herramientas cualitativas para marcar sus respuestas comportamentales frente a distintas situaciones, en base a estas respuestas se evalúa si estos comportamientos son socialmente adaptativos o no. En la entrevista profesional es el terapeuta quién se encarga de evaluar las habilidades sociales del paciente. Los autoregistros son anotaciones diarias que el paciente debe llevar respecto a su comportamiento, estas anotaciones deben ser evaluadas por un profesional. Las medidas conductuales son simulaciones que se realizan dentro del espacio terapéutico y que permiten predecir el comportamiento de la persona en su vida diaria. Finalmente, las relaciones fisiológicas que se miden en base a las respuestas

orgánicas de la persona frente a situaciones sociales (Hernández, Fernández & Baptista, 2010; pág. 20).

Las escalas de autorreporte y reacciones fisiológicas son instrumentos cuantitativos, mientras que la entrevista profesional, los auto registros y las medidas conductuales son instrumentos cualitativos. A pesar de que en el presente proyecto no se utilizarán todas estas herramientas para evaluar habilidades sociales, el diseño de métodos mixtos es el que permite responder a la pregunta de investigación de forma más adecuada.

Participantes

Tamaño del grupo

El grupo en el que se realizará la intervención será de 5 personas. Esto se debe a las características de la enfermedad que en sí mismas son limitantes para la interacción social. A través de la terapia de grupo se pretende trabajar en el desarrollo de habilidades sociales al exponer a los participantes a una situación que demanda la interacción con otros. Dado que estas personas no están acostumbradas a desarrollar relaciones nuevas, es importante efectuar la intervención en un grupo pequeño que facilite la cohesión grupal.

Criterios de inclusión

- Personas con diagnóstico de esquizofrenia cuyos síntomas positivos no sean prominentes o estén siendo controlados por tratamiento psiquiátrico individual.
- Personas de 18 a 65 años, hombres y mujeres.
- Los participantes deberían contar con habilidades básicas de expresión y escucha, atención y seguimiento de instrucciones.
- Los participantes deberían ser capaces de interactuar con un grupo pequeño sin presentar conductas de riesgo para sí mismos o para los demás.

Rol del psicólogo

Para esta intervención sería necesario contar con un terapeuta y un co-terapeuta. El rol del terapeuta sería el de crear un ambiente de aceptación y empatía con todos los miembros del grupo, y guiar el proceso terapéutico para que alcancen los objetivos de la intervención. Por otro lado, el rol del co-terapeuta sería el de apoyar las intervenciones propuestas por el terapeuta y sostener de manera individual a los miembros del grupo en caso de ser necesario. El co-terapeuta mantendría un rol activo durante el proceso terapéutico y debería reconocer las situaciones en las que sea necesario abordar a algún miembro del grupo de manera individual.

Herramientas de investigación utilizadas

Las herramientas que se utilizarán para evaluar la intervención serían: un instrumento de autorreporte, dos entrevistas realizadas por un profesional externo y la observación de medidas conductuales.

Escala de autorreporte

En base a la escala de Rathus se elaboró un instrumento de medición de las respuestas comportamentales frente a situaciones sociales. Esta herramienta se aplicaría antes y después de la intervención grupal. Este instrumento de medición se encuentra adjunto en el ANEXO C.

Entrevistas

Se realizarían dos entrevistas, una antes de la intervención y una después. Estas entrevistas estarán enfocadas en evaluar las habilidades sociales del participante. Las entrevistas las realizaría un terapeuta externo, para que pueda determinar con objetividad si ha existido algún cambio en las interacciones de la persona después de la interacción.

Observación de medidas conductuales

La observación de medidas conductuales ocurrirá durante el proceso terapéutico y será responsabilidad del terapeuta y del co-terapeuta. Ambos deberán evaluar el comportamiento de los participantes dentro del grupo, cómo interactúan con los demás y cómo las dinámicas del grupo afectan a cada uno de manera individual.

Procedimientos de recolección y análisis de datos

Para reclutar a quienes participarán en la terapia de grupo se enviaría una carta formal (ANEXO A) a todos los hospitales psiquiátricos de la ciudad de Quito con la propuesta del proyecto. Después de recibir las respuestas se procedería a evaluar si los pacientes de los hospitales cumplen con los criterios de inclusión. Una vez que se haya identificado a los pacientes que cumplan con estos criterios, se realizaría una reunión con ellos y con sus familiares (en caso de ser necesario) para explicarles el proyecto y ver cuántos estarían dispuestos a participar. Es necesario contar con al menos 10 pacientes que cumplan con estos criterios y acepten participar en la investigación para que formen parte del grupo terapéutico y del grupo de control.

Los pacientes que acepten formar parte de este proyecto firmarían el consentimiento informado adjunto en el ANEXO B, se les aplicaría la escala de autorreporte adjunta en el ANEXO C y tendrían una primera entrevista con el terapeuta externo.

Para escoger a quienes formarán parte del grupo terapéutico de 5 personas se realizaría un sorteo; quienes no formen parte de este sorteo conformarían el grupo de control. Una vez que se haya identificado al grupo terapéutico se procedería con la intervención conformada por 6 sesiones de terapia grupal humanista existencial. El formato de las sesiones se encuentra adjunto en el ANEXO D.

Por cada sesión el terapeuta y el co-terapeuta que dirigen el proceso presentarían anotaciones respecto a las observaciones conductuales de cada paciente de manera individual y del grupo como un todo. Al final del proceso los participantes y el grupo de control deberán llenar nuevamente las escalas de autorreporte y el terapeuta externo realizará nuevamente una entrevista.

Se analizarían los datos con un análisis de varianza ANOVA ONE WAY para comparar las respuestas de las escalas que se realizaron con el grupo terapéutico y el grupo de control. Del mismo modo, se llevaría a cabo un análisis T-Test Medidas Repetidas para comparar los datos obtenidos antes del proceso terapéutico con los que se obtuvieran después, para ver si existe un cambio positivo en las habilidades sociales de los participantes. En caso de identificarse que la intervención habría sido exitosa, se llevará a cabo el proceso terapéutico con quienes contribuyeron con su participación como parte del grupo de control.

Consideraciones éticas

El primer punto a considerar éticamente es el de la confidencialidad. Dado que hay dos elementos externos como son el terapeuta que realiza las entrevistas y los familiares de los pacientes que asistan a la reunión informativa, es importante dejar en claro que se debe guardar la confidencialidad de todos los participantes. Este elemento se explica de mejor manera en el consentimiento informado y debe ser respetado durante todo el proceso (Code of Ethics, 4.01).

Por otro lado, es importante explicar previamente a todos los participantes el consentimiento informado y tener este documento firmado por cada uno de ellos. En el consentimiento se aclaran todos los puntos importantes respecto al proceso y a los usos que se dará a los datos recolectados. Todos los implicados deben estar al tanto de esta información (Code of Ethics, 3.10).

RESULTADOS ESPERADOS

Cómo se explicó en la metodología, el éxito de este proyecto de investigación se mediría en función de la variable dependiente. Los análisis que permitirían constatar la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para el desarrollo de habilidades sociales en la esquizofrenia serían: ANOVA ONE WAY y T-Test para medidas repetidas.

En el primer análisis estadístico, ANOVA ONE WAY, se espera que al comparar los datos obtenidos en el grupo de control con los del grupo terapéutico, se encontraría un valor significativo. Es decir, que el valor p sea menor o igual a 0.05. De igual manera, al realizar el análisis T-Test con los datos del grupo terapéutico antes y después de la intervención se espera un valor p menor a 0.05, es decir un valor significativo.

Se espera que estos datos sean un resultado del diseño de la investigación y de la metodología planteada. Uno de los factores que se esperaría que tenga mayor influencia es el tipo de terapia. El objetivo de la investigación es favorecer la interacción social en personas con esquizofrenia. Esto implica el desarrollo de habilidades sociales y el trabajo sobre los síntomas negativos de la enfermedad, ya que estos son los que limitan las relaciones sociales de los individuos con esquizofrenia. Aunque estos factores se pueden trabajar tanto en terapia individual como grupal, se escogió el formato grupal ya que en sí mismo, expone a los participantes a la interacción con el otro en un ambiente terapéutico.

En la revisión de literatura se describieron los factores que deberían estar presentes en la terapia de grupo; en esta descripción se encontraban la conducta imitativa, el aprendizaje interpersonal y el grupo como microcosmos social. Estos son factores que explican cómo la interacción terapéutica con el otro, ayuda a que los

elementos que se promuevan en terapia puedan ponerse en práctica de manera inmediata y ser aplicados en un entorno externo al grupo terapéutico.

El entender al grupo como un microcosmos social permite que el terapeuta y el co-terapeuta que guían el proceso, además de trabajar en las habilidades sociales y síntomas negativos de los participantes, puedan observar cómo estos influyen en cada uno de manera particular al observar su interacción con el grupo. De igual manera, los miembros del grupo pueden reflejarse en el comportamiento de sus compañeros e identificar conductas que les gustaría reforzar o modificar en ellos mismos.

Otro factor que se espera que influya de forma significativa en los participantes de la terapia grupal es la recaptación correctiva del grupo familiar primario. La OMS (2018, pp.1) manifiesta que “los esquizofrénicos suelen sufrir estigmatización, discriminación y la violación de sus derechos humanos”. Aunque esta es una afirmación que se realiza a nivel social, estos problemas se manifiestan también en una esfera más íntima, la familia. Los individuos con esquizofrenia no sólo deben convivir con los síntomas de su enfermedad, sino también con la carga psicológica que se forma como consecuencia del comportamiento que otros tienen frente a su condición.

En la terapia grupal, los terapeutas que guiarán el proceso deben crear un ambiente de autenticidad, aceptación total y empatía. Es posible que existan participantes que encuentren estos elementos por primera vez dentro del grupo. Convivir con otros en un entorno con estas características, puede ayudarlos a compensar las carencias que han encontrado a lo largo de su vida. De este modo, podrían encontrar en el grupo una experiencia correctiva que mejore su predisposición a desarrollar sus habilidades sociales y, que al mismo tiempo, les permita sanar heridas emocionales. En base a los elementos considerados anteriormente se espera probar que la Terapia Grupal

Humanista Existencial es una herramienta efectiva para favorecer la interacción social en personas con esquizofrenia.

DISCUSIÓN

Lainig analiza la locura desde el punto de vista fenomenológico y propone que “la locura o la psicosis se prueban conforme el grado de conjunción o de disyunción entre dos personas, cuando una de ellas es cuerda por consenso universal” (1994, pp. 32). La terapia humanista existencial se construye bajo la premisa de que el terapeuta nunca podría entender por completo el mundo de su cliente, sin embargo, puede acercarse a él y ayudarlo a profundizar en su propia experiencia para así sanar sus heridas emocionales. Cada persona entiende al otro a partir de su percepción individual, para que exista una interacción entre dos seres humanos es importante que construyan un consenso implícito en base a las semejanzas que encuentren en sus percepciones. Esto es lo que Lainig denomina consenso universal. Por ende, se consideraría a una persona “loca”, cuando su percepción discrepa en gran medida con la percepción de otros sobre un mismo objeto. No obstante, también los sabios han hecho sus mejores contribuciones a partir de una discrepancia con el consenso universal.

Desde el punto de vista fenomenológico, la visión del esquizofrénico como un enfermo anula su humanidad, lo reifica y se convierte en una barrera entre el terapeuta y su cliente. Ver al otro como un conjunto de síntomas hace que el terapeuta centre su atención en cómo estos indicadores clínicos se manifiestan en la persona, en lugar de cómo la persona los experimenta. Se elimina la individualidad de este ser humano, ya no se valoran sus emociones, su contexto o su sabiduría. Al verlo desde una perspectiva de superioridad, el interés del terapeuta es estudiar o ayudar a la persona en lugar de entenderla.

Aunque la percepción del esquizofrénico no corresponda a la del consenso universal, su experiencia es real desde el punto de vista individual (Laining, 1994; pp. 27). Lo que se pretende lograr con este proyecto de investigación es respetar esa experiencia y ayudar a los participantes a profundizar en ella. Por este motivo, se escogió un enfoque que no se centra en el individuo como un objeto, sino que valora su persona.

La decisión de llevar a cabo una terapia grupal desde esta perspectiva, no solo se basa en los beneficios terapéuticos de este tipo de intervención, sino también en plantear un escenario en el que pueda existir un consenso de los participantes. A pesar de que los terapeutas cuenten con la disposición y los recursos que les faciliten la percepción de la experiencia del otro, su forma de entender al esquizofrénico surge desde una perspectiva teórica. Es por ello que es importante que los individuos con esquizofrenia puedan interactuar entre sí. Entre ellos existe una experiencia más cercana que se da, no solo porque comparten ciertos síntomas, sino porque han sentido cómo la sociedad reacciona frente a su enfermedad.

Este último punto es el más controversial de este proyecto de investigación y radica en la perspectiva de la sociedad respecto a lo que es o no “normal”. En la cita de Laining respecto a la locura desde el punto de vista fenomenológico, ya se planteó cómo se puede distinguir al “loco” del “cuerdo. Esta definición puede ser útil para entender los síntomas positivos de la enfermedad. Sin embargo, cuando se trata de ciertos síntomas negativos como el aislamiento social, es importante plantearse si esto es percibido por el individuo esquizofrénico como una limitación, o si es la sociedad la que decide que es así.

Por otro lado, incluso si esto fuera percibido como una limitación por el esquizofrénico, sería premeditado afirmar que se debe únicamente a las características

de la enfermedad. Como ya se explicó en la sección de resultados, la esquizofrenia es una enfermedad que ha recibido mucha estigmatización social y discriminación (OMS, 2018, pp.1). Este factor podría tener el mismo peso en los problemas de los individuos con esquizofrenia frente a sus relaciones interpersonales. Visto desde este punto, no bastaría con fomentar habilidades sociales en personas con esquizofrenia, sino que sería importante reeducar a la sociedad respecto a esta enfermedad.

Por consiguiente, la propuesta de este proyecto no puede fundamentarse en un proceso “educativo” en relación a las habilidades sociales, sino en crear un ambiente terapéutico seguro que permita a los participantes experimentar una sensación de aceptación total y validación. A través de esta experiencia y de su relación con el otro, serán ellos mismos quienes decidan cómo les gustaría manejar sus relaciones interpersonales.

Conclusiones

- La esquizofrenia es una enfermedad limitante para el individuo tanto por sus características sintomatológicas, como por la estigmatización social que se construye en torno a este trastorno.
- La psicología en ciertos encuadres teóricos y experimentales, en su intento por entender a esta enfermedad, se ha enfocado en sus manifestaciones físicas y neurológicas dejando en segundo plano la experiencia individual de las mismas.
- La Terapia Humanista Existencial se fundamenta en la experiencia individual desde el punto de vista fenomenológico. En esta corriente psicológica el terapeuta tiene un rol de facilitador. A través de su interacción con el otro, le ayuda a profundizar en su propia experiencia.
- La terapia grupal constituye una herramienta útil al momento de facilitar la interacción entre individuos con una misma condición. El grupo se puede

convertir en un motor de cambio y en un escenario seguro para enfrentarse a los problemas individuales.

- La Terapia Grupal Humanista Existencial podría ser una herramienta efectiva para facilitar la interacción social en individuos con esquizofrenia.

Limitaciones del Estudio

Las primeras limitaciones que se presentarían en caso de llevar a cabo el proyecto de investigación estarían relacionadas con las características de la población. En los criterios de inclusión se especifica que los participantes deberán ser capaces de interactuar con un grupo pequeño sin poner en riesgo su integridad y la de los demás. Esto implica que las personas que participen del estudio ya deberán contar con habilidades que les permitan un nivel de interacción social, aunque este sea muy básico. Como consecuencia, aunque se llegara a demostrar que la intervención que se realizó en este proyecto tuvo éxito, no sería posible comprobar la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para mejorar la interacción social de esquizofrénicos cuyos síntomas positivos sean más prominentes.

Otra de las limitaciones es la muestra poblacional. El grupo terapéutico sobre el que se desarrollaría la intervención en este proyecto sería de 5 personas. Este número se planteó al considerar cómo las características de la enfermedad podrían afectar la cohesión grupal y cómo se podría salvaguardar la integridad de todos los participantes si llegara a presentarse una crisis psicótica en uno de ellos durante las sesiones. Frente a esta posibilidad se propuso la participación de un co-terapeuta que pudiera actuar en estos momentos mientras el terapeuta continúa el proceso con el grupo. Estas condiciones podrían ser una fortaleza desde el punto de vista clínico, sin embargo se convierten en una limitación para responder a la pregunta de investigación. Incluso si se

llegara a probar la efectividad de la intervención en este grupo, el número de la muestra no es significativo como para generalizar estos resultados a otros casos.

Recomendaciones para futuros estudios

Este proyecto de investigación propone el desarrollo de Terapia Grupal Humanista Existencial en personas con esquizofrenia para evaluar si luego de este proceso mejoran sus habilidades sociales. Como se explicó en la sección anterior, una de las limitaciones radica en el tamaño de la muestra, por lo que una recomendación para futuros estudios podría ser el replicar este proyecto con una muestra más grande.

Cómo se analizó ya, por las características de la enfermedad es conveniente que los grupos terapéuticos sean pequeños. Sin embargo, se podría aplicar la misma intervención en varios grupos terapéuticos para determinar si en todos se obtienen resultados similares y por ende, responder de mejor manera a la pregunta de investigación.

Por otro lado, se podría realizar otra investigación en la que se aplique esta misma intervención en personas con síntomas positivos más prominentes. De este modo, sería posible determinar si la efectividad de la intervención está relacionada a los individuos que cumplen con los criterios de inclusión que se presentaron en este proyecto de investigación, o si podría aplicarse en otros casos.

REFERENCIAS

- Allende, M. y Almendras, M. (2006). Marcadores de Riesgo de la Esquizofrenia.
Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan. Vol. 2, pp. 55-58.
- Álvarez, J. & Colina, F. (2011). *Origen Histórico de la Esquizofrenia e Historia de la Subjetividad*. Valladolid: Hospital Universitario Río Hortega.
- American Psychological Association. (2002). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 57(12), 1060-1073.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales **DSM-IV-TR**. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association., Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5a ed.). Madrid [etc.]: Editorial Médica Panamericana.
- Arroyo, A. (2015). *Abordaje Psicosocial de la Esquizofrenia*. Quito: Universidad Internacional del Ecuador.
- Beck, A., Rector, N., Stolar, N. & Grant, P. (2009). *Schizophrenia. Cognitive Theory, Research and Therapy*. New York: The Guilford Press.
- Calafell, M. y Lemos, S. (2014). Esquizofrenia y otros Trastornos Psicóticos: principales cambios del DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace. Revista iberoamericana de psicosomática*. Vol. 111, pp. 89-93.
- Carrasco, J., Clemente, M. y Llavona, L. (1984). La evaluación de la aserción a través de los inventarios de Rathus y de Gambrill y Richey. *Revista Española de Terapia del Comportaminto*, 2, 121-134.
- Del Barrio, V. (2009). *Raíces y Evolución del DSM*. Valencia: Publicacions de la

Universitat de València.

Gómez, P. (1962). *Marcadores Pronósticos en la Esquizofrenia y su Utilidad Clínica*.

Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

González, J. (1999). *Psicoterapia de grupos. Teoría y técnica a partir de diferentes escuelas psicológicas*. México, D. F.: Manual Moderno.

González, M. & Márquez, D. (2016). *Técnicas Grupales en Relación con la Psicología Humanista*. España.

Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). *Metodología de Investigación*. México D. F.: McGraw-Hill.

Laing, R. (1994). *El yo dividido*. Bogotá: Fondo de cultura económica, Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis.

Lieberman, J., Scott, T. y Perkins, D. (2008). *Tratado de Esquizofrenia*. Barcelona: LEXUS Editores.

Ministerio de Salud Pública. (2014). *Modelo de Atención de Salud Mental, en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)*. Quito: Ministerio de Salud Pública.

Ministerio de Sanidad y Consumo de España. (2009). *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya.

Moya, A., Martínez, B., Catillo, M. & otros. (2009). *Guía Práctica Clínica Para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. Murcia: Servicio Murciano de Salud.

Obiols, J. y Vincens, J. (2003). Etiología y Signos de Riesgo en la Esquizofrenia. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. Vol. 3, Nº2, pp. 235-250.

- Organización Mundial de la Salud . (1992). CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: O.M.S.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020*. Impreso en Suiza.
- Organización Mundial de la Salud (2016). Temas de salud esquizofrenia. Documento descargado el 12 Abril. 2018 de:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>.
- Rogers, C. (1978). *Orientación Psicológica y Psicoterapia*. Madrid: Narcea, S.A.
- Sánchez, A. (1994). *Psicoterapia Humanística: Un Modelo Integrativo*. Argentina: Editorial Paidós.
- Sassenfeld, A. y Moncada, L. (2006). Fenomenología y Terapia Humanista Existencial. *Revista de psicología de la Universidad de Chile*. Vol. 15, pp. 89-104.
- Sociedad Española de Psiquiatría. (2002). *Consenso Español sobre Evaluación y Tratamiento de la Esquizofrenia*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría.
- Yalom, I. (2000). *Psicoterapia existencial y terapia de grupo*. España: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos

Universidad San Francisco de Quito

El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Efectividad de la Terapia Humanista Existencial para facilitar la interacción social en personas con esquizofrenia.

Organización del investigador: Universidad San Francisco de Quito

Nombre del investigador principal: Gabriela Elizabeth Morales Herrera

Datos de localización del investigador principal: 2903457, 0983548319, gabriela.morales@estud.usfq.edu.ec.

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

Introducción (Se incluye un ejemplo de texto. Debe tomarse en cuenta que el lenguaje que se utilice en este documento no puede ser subjetivo; debe ser lo más claro, conciso y sencillo posible; deben evitarse términos técnicos y en lo posible se los debe reemplazar con una explicación)

Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no.

Usted ha sido invitado a participar en un investigación sobre la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para facilitar las interacción social en personas con esquizofrenia porque se ha identificado que este tipo de intervención podría tener éxito en mejorar sus síntomas negativos.

Propósito del estudio (incluir una breve descripción del estudio, incluyendo el número de participantes, evitando términos técnicos e incluyendo solo información que el participante necesita conocer para decidirse a participar o no en el estudio)

Se realizará la intervención en grupos de 5 personas. La terapia tendrá una duración de 6 semanas. Los grupos tendrán dos terapeutas que acompañarán durante todo el proceso y desarrollarán habilidades sociales en los miembros de los grupos.

Descripción de los procedimientos (breve descripción de los pasos a seguir en cada etapa y el tiempo que tomará cada intervención en que participará el sujeto)

Los interesados en participar deberán presentar una copia de su cédula de identidad con un informe de su médico tratante o con la solicitud para que este informe sea realizado por el investigador. Una vez que se compruebe que la persona cumple con los requisitos para participar se sorteará su posición dentro del grupo de control o del grupo terapéutico. Todos los participantes serán evaluados al inicio, durante y al final de la intervención. El proceso terapéutico tiene una duración de 6 semanas y se requiere la presencia de los participantes en todas las sesiones.

Riesgos y beneficios (explicar los riesgos para los participantes en detalle, aunque sean mínimos, incluyendo riesgos físicos, emocionales y/o psicológicos a corto y/o largo plazo, detallando cómo el investigador minimizará estos riesgos; incluir además los beneficios tanto para los participantes como para la sociedad, siendo explícito en cuanto a cómo y cuándo recibirán estos beneficios)

El único riesgo para los participantes es que durante un brote psicótico propio o de otra persona del grupo pueda resultar afectado. Sin embargo, para reducir este riesgo se ha planteado la participación de dos terapeutas en el grupo que puedan controlar este tipo de situaciones.

El principal beneficio radica en que el participante recibirá una intervención terapéutica que, de acuerdo a la literatura, podría ser efectiva. En la que se trabajaran los síntomas negativos de su enfermedad.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso.

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieran el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

2A) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio *(si aplica)*

2B) Si usted está de acuerdo, las muestras que se tomen de su persona serán utilizadas para esta investigación y luego se las guardarán para futuras investigaciones removiendo cualquier información que pueda identificarlo *(si aplica)*

3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.

4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuando a la seguridad y confidencialidad de la información o de la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0983548319 que pertenece a Gabriela Morales, o envíe un correo electrónico a gabriela.morales@stud.usfq.edu.ec.

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Iván Sisa, Presidente del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

<p>Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.</p>	
Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO A**Carta a instituciones psiquiátricas**

Quito, (fecha)

Sr/a. (Nombre del director de la institución)

(NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN)

PRESENTE.-

Con un atento saludo me dirijo a usted para manifestarle mi interés por ejecutar mi proyecto de investigación en (nombre de la institución), institución que se encuentra bajo su dirección.

Mi nombre es GABRIELA MORALES y soy estudiante de la UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO. Actualmente me encuentro realizando mi proyecto de tesis con el tema “Efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para facilitar la interacción en personas con esquizofrenia”, para lo cual necesito reclutar a la población con la que podré llevar a cabo mi investigación.

Conociendo la labor que (nombre de la institución) realiza a favor de la población en la que se enfoca mi estudio, considero a su institución un potencial aliado en esta investigación. Por este motivo, solicito una reunión con usted o con un representante de su organización para poder compartir con ustedes mi proyecto de investigación y ver la posibilidad de realizarlo en conjunto.

De antemano agradezco su atención y disponibilidad frente a esta solicitud,

Atentamente,

Gabriela Morales

(Número de identificación)

ANEXO B

Consentimiento Informado

La información contenida en este documento se entrega con el fin de clarificar los procedimientos y políticas de su participación en la investigación para comprobar la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial como una herramienta que facilita la interacción social en personas con esquizofrenia.

I. PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación corresponde a un proyecto de tesis para la obtención del título de Licenciado en Psicología Clínica otorgado por la Universidad San Francisco de Quito. La pregunta de investigación es la siguiente: ¿Cómo y hasta qué punto la Terapia Grupal Humanista Existencial funciona como un instrumento efectivo para favorecer la interacción social en personas con esquizofrenia?

II. PARTICIPANTES

El proyecto requiere la participación de individuos con esquizofrenia que tengan las siguientes características:

- **SÍNTOMAS POSITIVOS NO PROMINENTES O CONTROLADOS POR TRATAMIENTO PSIQUIÁTRICO INDIVIDUAL.**

Para confirmar que todos los participantes cuentan con este requisito deberán presentar un certificado de su médico tratante o, en caso de no tener uno, solicitar al responsable de la investigación una evaluación.

- **PERSONAS DE 18 A 65 AÑOS, HOMBRES Y MUJERES.**

El participante deberá presentar su cédula de identidad para comprobar que se cumple con este requisito.

- **LOS PARTICIPANTES DEBERÍAN CONTAR CON HABILIDADES BÁSICAS DE EXPRESIÓN Y ESCUCHA, ATENCIÓN Y SEGUIMIENTO DE INSTRUCCIONES.**

Este criterio se confirmará al revisar el certificado o la evaluación profesional que se solicitan en el primer punto.

- **LOS PARTICIPANTES DEBERÍAN SER CAPACES DE INTERACTUAR CON UN GRUPO PEQUEÑO SIN PRESENTAR CONDUCTAS DE RIESGO PARA SÍ MISMOS O PARA LOS DEMÁS.**

Al firmar este consentimiento informado el paciente acepta que responde a todas las características descritas.

III. CONDICIONES DE PARTICIPACIÓN

A. SELECCIÓN DEL GRUPO TERAPEUTICO

El grupo terapéutico de la investigación constará de 5 personas. De todas las personas que hayan accedido a participar y que firmen este consentimiento informado, se seleccionarán 5 participantes de manera aleatoria. Los 5 participantes seleccionados recibirán la intervención terapéutica que se evaluará en esta investigación. Los demás formarán parte del grupo de control.

B. CONDICIONES TERAPEUTICAS

El grupo terapéutico estaría conformado por 5 participantes, un terapeuta y un co-terapeuta. La intervención clínica se llevaría a cabo en 6 sesiones de una hora. Los 5 integrantes serían evaluados antes, durante y después de la intervención.

C. CONDICIONES DEL GRUPO DE CONTROL

El grupo de control estaría conformado por las personas que accedieran a formar parte de la intervención y firmaron este consentimiento informado, pero no habrían sido seleccionadas como parte del grupo terapéutico. En caso de que al finalizar la investigación se llegara a comprobar la efectividad de la Terapia Grupal Humanista Existencial para favorecer la interacción social en personas con esquizofrenia, los individuos que formarían parte del grupo de control podrían acceder a esta intervención de manera gratuita y en las mismas condiciones que se cumplieron con el grupo terapéutico. Se evaluaría al grupo de control en dos ocasiones, antes de iniciar la intervención con el grupo terapéutico y una vez que esta haya terminado.

D. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

El grupo de control y el grupo terapéutico se evaluarían antes y después de la intervención terapéutica a través de una entrevista con un profesional y un formulario de autorreporte. Durante la intervención se evaluaría al grupo terapéutico a través de notas clínicas basadas en la observación de su comportamiento.

E. HONORARIOS

Los participantes no recibirán ninguna remuneración económica por su rol dentro de la investigación, ni deberán cancelar ningún rubro monetario por el acceso a las terapias.

F. CONFIDENCIALIDAD

La ley y la ética profesional exigen que la información otorgada durante la sesión de terapia se mantenga estrictamente confidencial. Ningún tipo de información, incluyendo los datos personales y el contenido de las sesiones, puede ser compartida o publicada sin la autorización previa del paciente, presentada por escrito. Sin embargo, de acuerdo con la ley existen algunas excepciones para el cumplimiento de la confidencialidad.

Las excepciones son las siguientes:

- Estamos obligados por ley a informar a las autoridades competentes y a sus familiares, en el caso de que usted amenace con hacerse daño, en formas que podrían poner en riesgo su bienestar o conllevar suicidio.
- Estamos obligados por ley a informar a las autoridades competentes y a los involucrados, en el caso de que usted indique que tiene planes para hacer daño a un tercero.

En la investigación no se revelará la identidad de los participantes. La confidencialidad de cada participante en la psicoterapia queda asegurada. En caso de que sea necesario revelar aspectos particulares de algún miembro del grupo, esto se realizará solo después de recibir su consentimiento a través de un formulario de liberación de información firmado por el participante.

DECLARACIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Este consentimiento debe ser firmado por el participante y un representante. El representante podría ser su médico tratante o un familiar. Hemos leído y comprendido los términos de la participación en esta investigación. El participante cumple con los criterios de inclusión del estudio. Estamos de acuerdo con las condiciones que se nos ha propuesto; hemos sido informados de las ventajas e inconvenientes del estudio; se nos ha explicado de forma clara en qué consiste, los beneficios y posibles riesgos del tratamiento. Hemos escuchado, leído y comprendido la información recibida y se nos ha dado la oportunidad de preguntar sobre el tratamiento.

Hemos tomado consciente y libremente la decisión de autorizar la participación de _____ . También conocemos que puede retirar su consentimiento

cuando lo estimemos oportuno. En consecuencia, realizamos este acuerdo de participación de manera voluntaria, reconocemos que no existe obligación de resultado y liberamos de toda responsabilidad a quienes dirigen esta investigación.

Fecha:

Hora:

Nombre del participante:

Firma del participante:

Número de identificación:

Nombre del representante del participante:

Firma del representante:

Número de identificación:

Nombre del responsable de la investigación:

Firma del responsable de la investigación:

Número de identificación:

ANEXO C

El instrumento que se presenta a continuación es una adaptación de la escala de Rathus. Se han modificado algunos reactivos con la finalidad de que puedan ser más comprensibles para los participantes. Sin embargo, dado que aún pueden existir dificultades para los reclutados en entender el cuestionario claramente, sería necesario que quien administre este instrumento se mantenga disponible frente a cualquier duda de los participantes. En ciertos casos se podría requerir el apoyo del médico tratante del participante.

Escala de Autorreporte

Escriba el número que más le represente junto a cada afirmación, siendo:

- +3 Muy característico de mí, extremadamente descriptivo.
- +2 Bastante característico de mí, bastante descriptivo.
- +1 Algo característico de mí, ligeramente descriptivo.
- -1 Algo no característico de mí, ligeramente no descriptivo.
- -2 Bastante poco característico de mí, no descriptivo.
- -3 Muy poco característico de mí, extremadamente no descriptivo.

AFIRMACIÓN	NÚMERO
Mucha gente parece ser más agresiva que yo.	
He dudado en acercarme a otra persona por miedo o timidez.	
Cuando alguien hace algo que me disgusta puedo decirle que se detenga.	
Me esfuerzo en evitar ofender los sentimientos de otras personas aun cuando me hayan molestado.	
Cuando alguien se esfuerza mucho por interactuar conmigo me cuesta negarme a algo.	
Cuando me dicen que haga algo, insisto en saber por qué.	
Hay veces en que provoco abiertamente una discusión.	
Lucho, como la mayoría de la gente, por mantener mi posición.	
En realidad, la gente se aprovecha con frecuencia de mí.	
Disfruto entablando conversación con conocidos y extraños.	
Con frecuencia no sé qué decir a personas atractivas del otro sexo.	
Rehúyo telefonar a instituciones y empresas.	
Si tengo que conseguir algo que implica interactuar con otros, prefiero que alguien más lo haga por mí.	
Me resulta embarazoso devolver un artículo comprado.	
Si un pariente cercano o respetable me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi disgusto.	
He evitado hacer preguntas por miedo a parecer tonto/a.	
Durante una discusión, con frecuencia temo alterarme tanto como para ponerme a temblar.	
Si tengo que participar de un evento con muchas personas no tengo problema en	

hacerlo.	
Evito discutir con otras personas.	
Cuando he hecho algo importante o meritorio, trato de que los demás se enteren de ello.	
Soy abierto y franco en lo que respecta a mis sentimientos.	
Si alguien ha hablado mal de mí o me ha atribuido hechos falsos, la busco cuanto antes para dejar las cosas claras.	
Con frecuencia paso un mal rato al decir "no".	
Prefiero reprimir mis emociones antes que tener que hablar de ellas con otras personas.	
En lugares dónde hay mucha gente puedo mostrar mi punto de vista.	
Cuando me alaban con frecuencia, no sé qué responder.	
Si dos personas en el teatro o en una conferencia están hablando demasiado alto, les digo que se callen o que se vayan a hablar a otra parte.	
Si alguien me ofende de alguna manera puedo reclamarle sin sentirme mal.	
Expreso mis opiniones con facilidad.	
Hay ocasiones en que soy incapaz de decir nada.	

(Carrasco, Clemente, & Llavona, 1984).

ANEXO D

Sesiones:

La intervención se desarrollaría en 6 sesiones que se llevarían a cabo en el transcurso de tres semanas, es decir que se realizarán dos sesiones semanalmente. Cada sesión durará una hora y tendrá la siguiente estructura: apertura de la sesión, desarrollo del tema, cierre de la sesión. Los temas a tratar serán los siguientes:

- Sesión 1: Construyendo juntos el proceso. En esta sesión se presentarán todos los miembros del grupo a través de dinámicas. También se establecerán reglas y objetivos terapéuticos en conjunto.
- Sesión 2: Reconocimiento y expresión emocional. Esta sesión se enfocaría en el reconocimiento de emociones que los participantes experimenten en ese momento. Los terapeutas deberán ayudar a los pacientes a reconocer qué emoción están experimentando de manera individual, cómo expresar esa emoción sin que afecte negativamente al grupo y cómo identificar las emociones de los demás.
- Sesión 3: Identificando mis necesidades. En esta sesión los terapeutas facilitarían el reconocimiento de las necesidades individuales de los participantes. Esto lo harán a través de la exploración de estados emocionales.
- Sesión 4: Estrategias para suplir mis necesidades. En base a las necesidades identificadas en la sesión anterior, los miembros del grupo explorarán en formas saludables de suplir estas necesidades.
- Sesión 5: Identificando las necesidades del otro. Los participantes explorarán en la importancia de entender las necesidades del otro y aprenderán a hacerlo en base a la interacción grupal.

- Sesión 6: Cierre. Se dará un cierre al proceso identificando los logros individuales y grupales.